

Garwolin, 31 stycznia 2024 r.

**Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej
dla Nieletnich w Garwolinie**

Al. Legionów 11
08-400 Garwolin

**Marcin Kusy
Zastępca Dyrektora Zespołu
Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich**

KMP.574.3.2023.JJ

Działając w imieniu Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie (dalej: „**Ośrodek**” lub „**KOPSN**”), odnosząc się do zaleceń zawartych w Raporcie Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur z wizytacji Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie z dnia 3 stycznia 2024 r. (dalej: „**Raport**”) oraz w odpowiedzi na pismo z dnia 3 stycznia 2024 r., niniejszym przekazuję jak poniżej.

I. Informacje dotyczące legalności pobytu pacjentów wymienionych w Rozdział 6.1 oraz 7.14 Raportu:

1. [REDACTED] Opinia KOPSN z dnia 14.07.2023 zawiera wnioski dotyczą zmiany środka leczniczego. W dniu 02.08.2023 roku Sąd Rejonowy w Kętrzynie III Wydział Rodzinny i Nieletnich w sprawie Sygn. Akt [REDACTED] wydał postanowienie dotyczące zmiany środka leczniczego o nast. treści: „1. Oddalić wniosek [REDACTED] o zmianę stosowanego środka leczniczego wobec nieletniego [REDACTED]. 2. Z urzędu stwierdzić konieczność dalszego stosowania wobec nieletniego [REDACTED] ur. [REDACTED] Or. środka leczniczego. 3. Na podstawie art. 221 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich zarządzić przeniesienie nieletniego [REDACTED] z Krajowego

Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie na Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży w Wojewódzkim Zespole Lecznictwa Psychiatrycznego w Olsztynie celem dalszego leczenia w ramach orzeczonego środka leczniczego w sprawie [REDACTED] Do czasu umieszczenia nieletniego na oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży wskazanym w pkt. 1 postanowienia zarządzić dalszy pobyt nieletniego [REDACTED] w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie (...).”

Po otrzymaniu w/w postanowienia dnia 22.08.2023 roku nawiązano kontakt telefoniczny z Oddziałem w Olsztynie, uzyskano informację, że oddział zrealizuje postanowienie z dnia 08.02.2023 roku po uzyskaniu miejsca w oddziale oraz po uzyskaniu od Sądu Opinii Komisji Psychiatrycznej ds. Środka Leczniczego dla Nieletnich kierującej na rzeczony oddział.

Sąd Rejonowy w Kętrzynie III Wydział Rodzinny i Nieletnich w dniu 04.10.2023 roku w tej samej sprawie wydał postanowienie następującej treści: „1. Uchylić pkt. 3 i 4 postanowienia Sądu Rejonowego w Kętrzynie z dnia 2 sierpnia 2023 r. w sprawie [REDACTED] Na podstawie art. 217 ustawy o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich zarządzić pobyt nieletniego [REDACTED] w zakładzie leczniczym-Szpitalu Mazowieckim w Garwolinie sp. z o.o., Oddział terapii całościowych zaburzeń rozwojowych celem dalszego leczenia w ramach orzeczonego środka leczniczego w sprawie [REDACTED]

Po uzyskaniu w/w postanowienia oraz pozytywnej w tej kwestii opinii Komisji Psychiatrycznej ds. Środka Leczniczego, nieletniego wpisano w kolejkę oczekujących na przyjęcie do w/w oddziału. Wypis z KOPSN i przeniesienie zrealizuje się w dniu 15 stycznia 2024 roku.

2) [REDACTED] - Sąd Rejonowy dla Warszawy Pragi - Północ w Warszawie V Wydział Rodzinny i Nieletnich w dniu 22.12.2022 roku w sprawie [REDACTED] wydał postanowienie następującej treści: „na podstawie art. 221 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich przenieść nieletniego [REDACTED] [REDACTED] roku z zakładu leczniczego o maksymalnym zabezpieczeniu do zakładu leczniczego o podstawowym zabezpieczeniu i

umieścić nieletniego w Oddziale Terapii Całościowych Zaburzeń Rozwoju -D11 Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie, zmieniając w tym zakresie postanowienie tutejszego Sądu z dnia 25 lutego 2022 roku wydane w sprawie [REDAKTOWANE] Nieletni nie został wypisany z KOPSN do Oddziału Terapii Całościowych Zaburzeń Rozwojowych Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie (D-11) ani do oddziału o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia z uwagi na gwałtowne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego. W dniach 05.04.2023 roku oraz w dniu 05.10.2023 roku w opinii półrocznej sporządzonej przez KOPSN zostały zawarte wnioski o konieczności pozostania nieletniego w placówce o maksymalnym stopniu zabezpieczenia. Dotychczas Sąd nie wydał decyzji w sprawie.

3) [REDAKTOWANE] W dniu 11.07.2023 roku sporządzono opinię i przesłano do Sądu Rejonowego w Garwolinie III Wydział Rodzinny i Nieletnich, Sąd nie wydał postanowienia w sprawie. Nieletni do osiągnięcia pełnoletności przebywał w KOPSN, tj. do dnia 19.10.2023. W dniu 26.09.2023 SR w Garwolinie III Wydział Rodzinny i Nieletnich wystosował pismo z prośbą o nadesłanie informacji o miejscu pobytu po wypisie nieletniego z KOPSN i wskazanie czy rodzina nieletniego deklaruje możliwość przyjęcia nieletniego do jego miejsca zamieszkania. W odpowiedzi udzielono informacji, że rodzice zobowiązują się do przyjęcia syna po wypisie z KOPSN.

4) [REDAKTOWANE] po opinii półrocznej sporządzonej przez KOPSN w dniu 25.02.2023 roku, Sąd Rejonowy w Wejherowie III Wydział Rodzinny i Nieletnich nie wydał postanowienia (z uwagi na odwołanie się matki od wniosków opinii). W dniu 27.02.2023 zostało wydane postanowienie SO w Gdańsku Sekcji do Spraw Rodzinnych Odwoławczych w II Wydziale Cywilny Rodzinny w sprawie [REDAKTOWANE] [REDAKTOWANE] o następującej treści: „przedłużyć wobec nieletniego [REDAKTOWANE] [REDAKTOWANE] stosowanie tymczasowego środka leczniczego w postaci umieszczenia nieletniego w szpitalu psychiatrycznym - Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie na oddziale psychiatrii sądowej dla nieletnich o maksymalnym stopniu zabezpieczenia za okres od 25 lutego 2023 r. do 25 maja 2023”.

W dniu 25 kwietnia 2023 roku SR w Wejherowie III Wydział Rodzinny i Nieletnich wydał postanowienie następującej treści: „Zastosować wobec nieletniego [REDAKTOWANE] środek leczniczy w postaci umieszczenia go w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie o wzmocnionym zabezpieczeniu;” w związku z treścią w/w postanowienia wysłano drogą mailową do Sądu pismo następującej treści: "Zwracam się z uprzejmą prośbą o ewentualne sprostowanie Postanowienia Sądu Rejonowego w Wejherowie, III Wydziału Rodzinnego i Nieletnich z dnia 25.04.2023 r. sygn. akt [REDAKTOWANE] na Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie o maksymalnym zabezpieczeniu, chyba, że wolą Sądu jest umieszczenie nieletniego w szpitalu o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia." Nie uzyskano sprostowania w/w postanowienia. W dniu 15.12.2023 Sąd Rejonowy w Wejherowie przesłał postanowienie z dnia 05.12.2023 o przekazaniu sprawy nieletniego do SR w Garwolinie.

5) [REDAKTOWANE] Nieletni przez KOPSN został wpisany w kolejkę oczekujących na przyjęcie do Szpitala Psychiatrycznego w Starogardzie Gdańskim w dniu 21.09.2022 roku. Ze strony Szpitala w Starogardzie Gdańskim nie było informacji o dacie przyjęcia nieletniego do oddziału o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia.

Aktualnie od dnia 09.10.2023 sprawę nieletniego prowadzi SR w Garwolinie III Wydział Rodzinny i Nieletnich, który w załączeniu przesłał informację z dnia 23.10.2023 roku: W odpowiedzi na pismo z dnia 09.10.2023 r. (data wpływu 12.10.2023 r.) „Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim informuje, że [REDAKTOWANE] ur. [REDAKTOWANE] z powodu braku miejsc nie może zostać obecnie przyjęty na oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. Przewidywany termin oczekiwania wynosi około 6 miesięcy. W przypadku zwolnienia się miejsca powiadomimy telefonicznie.”

6) [REDAKTOWANE] Nieletni dotychczas przebywa w KOPSN – w dniu 23.01.2023 roku SR w Lesznie poinformował o przekazaniu sprawy nieletniego do SR w Garwolinie. W dniu 25.09.2023 roku Sąd Rejonowy w Garwolinie wydał postanowienie w sprawie [REDAKTOWANE] następującej treści: „na podstawie art. 221.1

ustawy z dnia 09.06.2022r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich przenieść nieletniego [REDAKTOWANE] ur. [REDAKTOWANE] w [REDAKTOWANE] do zakładu leczniczego w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia w miejsce stosowanego dotychczas środka leczniczego o maksymalnym stopniu zabezpieczenia na podstawie postanowienia Sądu Rejonowego w Lesznie III Wydział Rodzinny i Nieletnich z dnia 05 sierpnia 2022r. w sprawie [REDAKTOWANE] w postaci umieszczenia nieletniego w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie". w/w postanowienie do KOPSN zostało przesłane w dniu 03.01.2024 roku. Po uzyskaniu informacji, że sprawa nieletniego została rozpatrzona przez Komisję Psychiatryczną ds. Środka Leczniczego dla Nieletnich w dniu 06.12.2023 roku w dniu 08.01.2023 wysłano do Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Lubiążu prośbę o wpisanie w kolejkę oczekujących na przyjęcie do Oddziału IIII wzmocnionego nieletniego [REDAKTOWANE]. Dodatkowo poproszono o udzielenie informacji jaki jest czas oczekiwania na przyjęcie nieletniego do w/w oddziału.

7) [REDAKTOWANE] pomiędzy 17.01.2021 oraz 17.01.2022 roku została wysłana informacja półroczna do Sądu w sprawie nieletniego. W/w dokument został sporządzony w dniu 09.07.2021 roku (Wnioski w/w opinii: I. U nieletniego [REDAKTOWANE] [REDAKTOWANE] rozpoznajemy upośledzenie umysłowe umiarkowane ze znaczącymi zmianami w zachowaniu wymagającymi opieki i leczenia – F 71.1. U pacjenta rozpoznajemy też Zaburzenia zachowania i osobowości na podłożu organicznych zmian OUN – F07, wg klasyfikacji ICD -10. II. W aktualnym stanie zdrowia psychicznego [REDAKTOWANE] wymaga nadal bezwzględnie dalszego zastosowania środka wychowawczo - leczniczego w szpitalu psychiatrycznym dysponującym maksymalnym poziomem zabezpieczenia, czyli w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie. III. Aktualnie istnieją bezwzględne przeciwwskazania – ze względu na stan zdrowia - do zastosowania wobec nieletniego środków wychowawczych innych niż wychowawczo - lecznicze w warunkach KOPSN.) Jednocześnie informujemy, że między 17.07.2022 a 17.07.2023 roku została wysłana informacja półroczna do Sądu w sprawie nieletniego. W/w dokument został sporządzony w dniu 17.01.2023 roku. (Wnioski

w/w opinii: U nieletniego ██████████ rozpoznajemy Upośledzenie umysłowe umiarkowane ze znaczącymi zmianami w zachowaniu wymagającymi opieki i leczenia - F 71.1. U opiniowanego rozpoznajemy też Zaburzenia zachowania i osobowości na podłożu organicznych zmian OUN - F07, wg klasyfikacji ICD -10. 2. W aktualnym stanie zdrowia psychicznego nieletni ██████████ ██████████ wymaga dalszego stosowania środków leczniczo-wychowawczych w oddziale psychiatrii młodzieżowej o podstawowym stopniu zabezpieczenia w szpitalu psychiatrycznym w Starogardzie Gdańskim. 3. W w/ w oddziale istnieje możliwość ponownego nawiązywania prawidłowych relacji rodzinnych ze względu bliskość od miejsca zamieszkania i możliwość korzystania z terapii rodzinnej, częstych odwiedzin i przepustek sprawdzających. 4. Gdyby okazało się, że pobyt w w/w szpitalu psychiatrycznym i następcze leczenie ambulatoryjne nie zostaną zrealizowane lub będą nieskuteczne, a nieletni nadal będzie prezentował zachowania zagrażające zdrowiu i życiu jego oraz innych osób będą wtedy zachodzić przesłanki do ponownego umieszczenia nieletniego w szpitalu psychiatrycznym dysponującym warunkami zabezpieczenia wzmocnionego lub maksymalnego.). Po uzyskaniu postanowienia SR w Starogardzie Gdańskim z dnia 05.09.2022 roku (postanowienie wpłynęło do KOPSN 31.10.2022) w dniu 08.11.2022 wpisano ██████████ w kolejkę oczekujących na przyjęcie.

Nieletni został wypisany z KOPSN w dniu 09.08.2023 roku do oddziału psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla nieletnich w Starogardzie Gdańskim.

8) ██████████ W dniu 18.01.2023 roku wpłynęło postanowienie Sądu Rejonowego w Garwolinie z dnia 03.01.2023 roku w sprawie zmiany środka leczniczego - umieszczenie nieletniej w szpitalu o zwykłym stopniu zabezpieczenia. Z uwagi na pogorszenie stanu zdrowia psychicznego w opinii półrocznej wysłanej do Sądu w dniu 15.03.2023 roku zespół prowadzący wnioskował o skierowanie nieletniej do szpitala o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. (Wnioski z opinii z dnia 15.03.2023 r.: 1. U nieletniej ██████████ rozpoznajemy Mieszane zaburzenia zachowania i emocji - F92 wg klasyfikacji ICD - 10. Nie rozpoznajemy choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego. 2. Obecnie obserwujemy znaczne pogorszenie funkcjonowania pacjentki, nie jest możliwe przeniesienie do oddziału

o podstawowym stopniu zabezpieczenia - nasiliły się znacznie tendencje autodestrukcyjne i wystąpił gwałtowny wzrost opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania. 3. W aktualnym stanie zdrowia psychicznego wymaga ona zastosowania środka leczniczego pod postacią umieszczenia we wzmocnionym oddziale psychiatrii sądowej dla młodzieży (w Starogardzie Gdańskim, Lubiążu lub Gliwicach Toszku).

W dniu 25.09.2023 roku Sąd Rejonowy w Garwolinie wydał postanowienie w sprawie Sygn. [REDAKTOWANE] następującej treści: „2. na podstawie art. 221.1 ustawy z dnia 09.06.2022r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich przenieść nieletnią [REDAKTOWANE] [REDAKTOWANE] w [REDAKTOWANE] do zakładu leczniczego w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia w miejsce stosowanego dotychczas środka leczniczego o maksymalnym stopniu zabezpieczenia na podstawie postanowienia Sądu Rejonowego w Biłgoraju III Wydział Rodzinny i Nieletnich z dnia 04 marca 2022r. w sprawie [REDAKTOWANE] w postaci umieszczenia nieletniej w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie 3. do czasu wykonania postanowienia pkt. 1 tj. przeniesienia nieletniej [REDAKTOWANE] do zakładu leczniczego w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia pozostawić nieletnią w Krajowym Ośrodku Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie”.

Z informacji uzyskanych od Komisji Psychiatrycznej ds. Środka Leczniczego dla Nieletnich wynika, że sprawa nieletniej była rozpatrywana w dniu 06.12.2023 roku (wskazanie Szpitala w Starogardzie Gdańskim). Do dnia dzisiejszego KOPSN nie uzyskał formalnej informacji (z Sądu) o możliwości wpisania w kolejkę oczekujących nieletnią [REDAKTOWANE]

9) [REDAKTOWANE] w związku z przesłanymi opiniami do Sądu Rejonowego dla Wrocławia - Krzyków we Wrocławiu III Wydział Rodzinny i Nieletnich, których wnioski wskazywały na ustanie przesłanek do leczenia [REDAKTOWANE] w warunkach maksymalnego zabezpieczenia informujemy, iż podejmowaliśmy kilkakrotną próbę uzyskania decyzji Sądu w sprawie:

1. 28.03.2023 r Notatka służbowa: Nawiązano kontakt telefoniczny z Sądem Rejonowym w dla Wrocławia Krzyków we Wrocławiu III Wydział Rodzinny

i Nieletnich, uzyskano informację, że opinia półroczna dotarła do Sądu, akta sprawy nieletniego [REDAKTOWANE] przedłożone Sędziemu, brak decyzji w sprawie.

2. 09.10.2023 r. Notatka służbowa: Nawiązano kontakt telefoniczny w sprawie nieletniego [REDAKTOWANE] z Sądem Rejonowym dla Wrocławia - Krzyków we Wrocławiu. Z informacji z sekretariatu wynika, że nie została podjęta decyzja w sprawie nieletniego. Drogą mailową przesłano: Krajowy Ośrodek Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich zwraca się prośbą o udzielenie informacji w sprawie [REDAKTOWANE]. Informujemy, iż w dniu 17 lipca 2023 roku do Sądu została złożona opinia półroczna, w której zawarte wnioski dotyczą zmiany środka leczniczego na umieszczenie nieletniego w szpitalu o wzmożonym zabezpieczeniu, prosimy o wskazanie czy został wyznaczony termin rozprawy w sprawie nieletniego. Sąd dotychczas nie odpowiedział na w/w maila.

Nieletni sam zgłaszał, że pisał odwołania i prośby dotyczące zmiany środka leczniczego. Dotychczas przebywa w KOPSN. Brak decyzji. Kolejny termin wysłania opinii do Sądu przypada na dzień 13 lutego 2024 roku.

II. Informacje dotyczące pacjentki (Rozdział 6.2 oraz 7.15 Raportu) z uwzględnieniem dalszego planu leczenia i oddziaływania, uwzględniającego ewentualną modyfikację oddziaływań w kierunku takich, które mogłyby doprowadzić do pozytywnej zmiany jej zachowania.

Opis przypadku przygotowany został przez psychologa prowadzącego pacjentkę.

Diagnoza psychologiczna. Poziom inteligencji płynnej uwarunkowanej biologicznie i genetycznie u badanej kształtuje się na poziomie niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim. Inteligencja płynna jest to zdolność umysłowa, która jest wyznacznikiem ogólnych, potencjalnych możliwości intelektualnych, których rozwój zależy od warunków wewnętrznych (motywacyjnych) i zewnętrznych (środowiskowych).

Funkcje wykonawcze jako procesy regulacyjne i kontrolne, które pozwalają na zachowanie ukierunkowane na cel i dostosowanie do sytuacji są rozwinięte u badanej na poziomie niskim. Funkcje te opierają się na odrębnych ale skorelowanych ze sobą trzech mechanizmach: hamowaniu, pamięci roboczej i giętkości poznawczej. Umiejętności hamowania reakcji automatycznych rozwiązywania problemów i giętkość poznawcza oraz podzielność uwagi ukształtowały się na niskim poziomie. Rozwiązywanie działań i planowanie rozwinięte są na poziomie przeciętnym. Hamowanie oznacza samokontrolę i przewyciężanie interferencji. Samokontrola pomaga tłumić impulsy i opierać się pokusom. Przewyciężanie interferencji oznacza z jednej strony hamowanie poznawcze, które pozwala człowiekowi odrzucić niechciane myśli i wspomnienia. Z drugiej strony jest to kontrola uwagi, pozwalająca na selektywne jej koncentrowanie na określonych bodźcach z pominięciem pozostałych. Drugim podstawowym mechanizmem funkcji wykonawczych jest pamięć robocza, która sprawuje kontrolę nad wzrokową i fonologiczną pamięcią roboczą. Te dwie formy pamięci pełnią różne funkcje: koncentrowanie uwagi, rozdzielanie jej na dwa jednocześnie wykonywane zadania czy przemieszczanie z jednego systemu do drugiego. Giętkość poznawcza zależna jest natomiast od dwóch poprzednich mechanizmów. Jednym z przejawów giętkości poznawczej jest zmiana perspektywy, tzn. zahamowanie z jednej strony aktualnie przyjmowanej perspektywy, z drugiej natomiast zaktywizowanie w pamięci roboczej nowej. Inną zmienną giętkości jest zmiana sposobu podejścia do problemu, jeśli wcześniej wybrany okazuje się nieskuteczny. Giętkość poznawcza oznacza też przechodzenie od jednych zadań do innych i przesuwanie punktu koncentracji uwagi. Z opisanych modeli wynika, że z funkcjami wykonawczymi ściśle związana jest uwaga. Można ją zdefiniować jako selektywne koncentrowanie się na istotnych bodźcach czy informacjach. W jej skład wchodzi dwa aspekty: selektywność i intensywność. Selektywność odnosi się do koncentracji uwagi i podzielności. Koncentracja wymaga zdolności do przetwarzania określonych informacji bez zwracania uwagi na dystraktory. Podzielność natomiast jest to zdolność do rozdzielenia zasobów uwagi na dwa jednocześnie wykonywane zadania. Aspekt intensywności odnosi się do ogólnej gotowości do reagowania (czujności) i długotrwałej koncentracji (uważności).

Te trzy mechanizmy - hamowanie, pamięć robocza i giętkość stanowią podstawę funkcji wykonawczych wyższego rzędu, takich jak rozumowanie logiczne, rozwiązywanie problemów i planowanie. Mają one ścisły związek z inteligencją płynną - wrodzoną.

Powyższe informacje wskazują na organiczną patologię w obrębie CUN okolicy czołowej i wskazuje na zaburzenia w obrębie plastyczności operacji umysłowych i zdolności monitorowania własnych czynności umysłowych. Oznacza to, że dziewczynka nie jest w stanie odpowiednio integrować i przetwarzać informacji napływających z zewnątrz, zaplanować odpowiedniego działania oraz go kontrolować. Może więc działać impulsywnie bez uprzedniego zaplanowania i bez przemyślenia możliwych niepożądanych następstw własnego zachowania. Społeczne zasady hamujące realizację wielu impulsów nasuwanych przez popędy i emocje wtedy nie obowiązują. Wydaje się, że zachowaniem steruje zewnętrzny bodziec bez udziału układu poznawczego. Problemy te jednak wynikają z nieodpowiedniego „nadzoru” wyższych funkcji korowych nad schematami działania tworzonych w niższych piętrach ośrodkowego układu nerwowego. Stąd też może dochodzić do wielu zachowań aspołecznych, sprzecznych z ogólnie przyjętymi normami. Powtarzalność tych zachowań natomiast będzie wynikała z zaburzonej oceny i sądu, czyli niemożności podjęcia rozsądnych decyzji czy wyrażenia uzasadnionych osądów. Utrudnieniem w monitorowaniu swojego działania może być także nikła świadomość i kontrola własnego zachowania. Dziewczynka słabo uświadamia sobie i nie dostrzega jak jej własne zachowanie wpływa na innych ludzi i ich emocje.

Kompetencje społeczno - emocjonalne u dziewczynki rozwinięte są na poziomie przeciętnym. W skład tych kompetencji wchodzi umiejętność regulacji emocji, które osiągają poziom niski i strategie społeczne rozwinięte przeciętnie. Umiejętności rozwiązywania problemów, nawiązywania i utrzymywania relacji oraz umiejętności prospołeczne rozwinięte są na poziomie przeciętnym. [REDAKTOR] potrafi rozróżniać i wartościować system zasad i rozumie reguły postępowania społecznego, ale nie respektuje ich w codziennym życiu. Po dokonaniu czynów uważanych za powszechnie nieakceptowane nie przejawia poczucia winy czy zawstydzenia. Lekceważy prawa własności lub bezpieczeństwa innych osób, rutynowo

wykorzystuje innych. Nie uznaje autorytetów dorosłych, często donosi się arogancko i opozycyjnie do osób stawiających granice.

Dziewczynka rozpoznana ma reaktywne zaburzenia przywiązania. Świadczą za tym spełnione kryteria: powstały przed 5 r. ż., znaczące zaniedbania opiekuńcze we wczesnym dzieciństwie, częste zmiany opiekunów, pobyt w placówce opiekuńczej, brak możliwości wytworzenia stabilnych więzi z opiekunami, emocjonalne wycofanie w relacjach z opiekunami, nie poszukiwanie pomocy w momencie dyskomfortu, brak reakcji na proponowaną pomoc, brak możliwości nawiązania trwałych i adekwatnych relacji z dorosłymi i rówieśnikami.

Pacjentka często przeżywa poczucie krzywy, źródła stresu umiejscawia przeważnie w czynnikach zewnętrznych, nie zauważa własnego wpływu na poszczególne zdarzenia i sytuacje co prowadzi do zniekształceń rzeczywistości w jej percepcji. Ma poważne problemy w budowaniu relacji, są one powierzchowne i pozbawione wzajemności. Trudności w regulacji i kontroli impulsów jeszcze nasilają problemy w relacjach i prowadzą do frustracji dziewczynki. Poważne deficyty w obrębie mechanizmów regulacyjnych prowadzą do nieadaptacyjnych wzorców reagowania (krzyk, zachowania opozycyjne lub agresywne). Regulacje emocji u [REDAKTOR] opzwinęły się na niskim poziomie. Polega ona na znajomości adaptacyjnych strategii radzenia sobie z emocjami negatywnymi: złością, strachem i smutkiem. Badana nie potrafi sobie radzić w trudnych czy obciążających sytuacjach, co wpływa na niskie jej samopoczucie, a zarazem wywołuje negatywne emocje innych osób i naraża na szwank relacje z nimi. Dziewczynka nie wykazuje aktywności i starań, aby zmienić tą sytuację lub wywołanego nią stanu np. przez przewartościowanie poznawcze. Raczej nie wyraża emocji, powściąga się lub reaguje agresywnie, autodeprecyjnje.

Główne zdiagnozowane problemy to: obniżone umiejętności intelektualne, zaburzone umiejętności hamowania reakcji automatycznych, rozwiązywania problemów, samokontroli i giętkość poznawcza oraz podzielność uwagi – funkcje wykonawcze, zaburzenia więzi, wysoki poziom lęku, niskie umiejętności nawiązywania i podtrzymywania relacji, egocentryzm (nie uwzględnianie jak jej zachowania wpływają na innych i ich emocje), niskie umiejętności i patologiczne (autoagresywne)

regulacji emocji, nie respektowanie w codziennym życiu zasad i reguł postępowania społecznego mimo ich rozróżniania i wartościowania, nie uznawanie autorytetów dorosłych, aroganckie i opozycyjne odnoszenie się do osób stawiających granice, nie branie odpowiedzialności i nie przejawianie poczucia winy za swoje zachowania, obarczanie za swoje reakcje czynników zewnętrznych, innych osób.

W odniesieniu do zdiagnozowanych problemów stworzono indywidualny program terapeutyczny. Rozróżniono w nim objawy, które nie podlegają zmianie ze względu na uwarunkowania konstytucjonalnie, biologicznie i zachowania poddające się procesowi terapeutycznemu.

Zachowania jako objaw: obniżone umiejętności intelektualne, zaburzone umiejętności hamowania reakcji automatycznych, rozwiązywania problemów, samokontroli i giętkość poznawcza oraz podzielność uwagi – funkcje wykonawcze, zaburzenia więzi.

Celowe zachowania: niskie umiejętności nawiązywania i podtrzymywania relacji, egocentryzm, nie uwzględnianie jak jej zachowania wpływają na innych i ich emocje, niskie umiejętności i patologiczne (autoagresywne) sposoby regulacji emocji, nie respektowanie w codziennym życiu zasad i reguł postępowania społecznego mimo ich rozróżniania i wartościowania, nie uznawanie autorytetów dorosłych, aroganckie i opozycyjne odnoszenie się do osób stawiających granice, nie branie odpowiedzialności i nie przejawianie poczucia winy za swoje zachowania, obarczanie za swoje reakcje czynników zewnętrznych, innych osób.

Do pracy psychologicznej ustalono trzy cele:

- Nawiązanie relacji terapeutycznej
- Decentracja emocjonalna, nabycie umiejętności nawiązywania i podtrzymywania adekwatnych relacji interpersonalnych, poprzez zainteresowanie pacjentki pozytywnymi kontaktami z ludźmi, wzmacnianie inicjatywy w nawiązywaniu tych kontaktów, okazywanie zainteresowania, wspieranie w trudnych chwilach, wspólne spędzanie czasu.
- Nauka samokontroli emocjonalnej, wzrost krytycyzmu w sytuacjach pobudzenia. Świadomość uzyskanych konsekwencji społecznych poprzez terapię behawioralną,

modelowanie, trening odraczania, kojarzenia, rozwijanie myślenia przyczynowo - skutkowego, wzmacnianie przejawów samokontroli, jasne stawianie granic, praca nad stratami, trening kontroli złości, trening uwagi, trening typu "zatrzymaj się i pomyśl", trening umiejętności społecznych, społeczność terapeutyczna - informacje zwrotne od grupy, uaktywnianie odpowiednich procesów poznawczych, ukierunkowywanie ich, regulowanie wysiłku umysłowego do wymagań sytuacyjnych. Omawianie zachowań naruszających normy, nazywanie uczuć, motywów, uzyskiwanie wglądu.

Należy nadmienić, że praca z pacjentką w podstawowej mierze uwarunkowana jest stanem i jakością centralnego układu nerwowego. Ważnym elementem w stabilizacji biologicznych uwarunkowań odgrywa farmakologia. Dopiero stabilizacja w tej sferze daje szansę na oddziaływania bardziej psychologiczne czy behawioralne. Drugim czynnikiem utrudniającym proces terapeutyczny jest fakt bardzo silnie utrwalonych patologicznych reakcji i zachowań. W powiązaniu z konstytucjonalnymi uwarunkowaniami i trudnościami w doborze skutecznej farmakologii występowały trudności w procesie terapii. Obecnie odpowiednio dobrana farmakologia spowodowała, że dziewczynka lepiej i łatwiej poddaje się oddziaływaniom behawioralnym i psychologicznym co przekłada się na poprawę funkcjonowania.

III. Odnosząc się do rekomendacji oraz uwag zawartych w Protokole, pragnę przedstawić informacje dotyczące zasad i praktyk stosowanych w Ośrodku. Ośrodek dokonał ponownej oceny funkcjonowania niektórych zasad, w tym w szczególności systemu wzmocnień i konsekwencji w rozumieniu teorii behawioralnej.

1. Umożliwienie małoletniemu kontaktu z psychologiem po przyjęciu do Ośrodka.

Procedura wdrażana wobec każdego pacjenta po przyjęciu do Ośrodka obejmuje również kontakt z członkami zespołu psychologiczno-terapeutycznego. Psycholog uczestniczy w procedurze przyjęcia pacjenta zbierając wywiad od rodziców lub opiekunów dziecka. Psycholog i pedagog prowadzący nawiązują pierwszy kontakt z

pacjentem niezwłocznie po przyjęciu, pacjent jest wspierany emocjonalnie oraz zapoznawany z regulaminem i zasadami obowiązującymi w Ośrodku.

2. Konsekwencja nadrzędna to taka, która nie wymaga współpracy ze strony pacjenta, który złamał zasady. W dokumencie stworzonym przez Zespół zawarta została informacja o izolacji pacjenta na czas trwania konsekwencji. Zespół dotychczas rozumiał słowo „izolacja” jako przebywanie w swoim pokoju i odosobnienie pacjenta za złamanie zasad (chodzi o zasady systemowe dotyczące zachowań agresywnych, niebezpiecznych dla otoczenia) a nie całkowita izolacja od świata. Użyliśmy tego terminu w związku z tym, że decyzję o konsekwencji nadrzędnej podejmujemy w zespole: lekarz, psycholog, terapeuci oraz pielęgniarka i sanitariusz. Z naszego punktu widzenia jest to forma zapewnienia bezpieczeństwa w oddziale, jest jedną z procedur medycznych. Konsekwencja nadrzędna została opracowana podczas superwizji zespołu. W odniesieniu do literatury fachowej („Sposób na trudne dziecko” str. 187) funkcjonuje w teorii behawioralnej jako jedna z technik „w skrzynce z narzędziami” tj. oddziaływań na trudne zachowania pacjenta. W drzewku decyzyjnym zanim pojawi się decyzja o zastosowaniu konsekwencji nadrzędnej stosujemy zasady systemowe, które pacjent zna i wie, że za ich złamanie przewidywana jest konsekwencja. W zależności od stanu zdrowia pacjent podejmuje decyzje o zaprzestaniu lub powielaniu zachowania.

Zakładamy, że słowo izolacja w tym przypadku zostało niefortunnie użyte, co wymaga zmiany. Konsekwencja realizowana jest w taki sposób, aby pacjent został pozbawiony przywilejów, do których miał dostęp w czasie, kiedy podejmował współpracę tj. do systemu wzmocnień i udziału w zajęciach z grupą. W tym czasie pacjent ma możliwość kontaktu z psychologiem, terapeutą i pedagogiem, lekarzem oraz personelem medycznym. Realizuje rozmowy telefoniczne z rodziną.

Z naszej perspektywy opis konsekwencji nadrzędnej wymaga modyfikacji w opisie, a nie odrzucenia jej stosowania. Konsekwencja nadrzędna pozwala na mniej represyjne oddziaływanie na zachowania pacjenta niż przymus bezpośredni, który jest ostatecznością, pozwala na podjęcie decyzji – nasza propozycja zmiany

Konsekwencja nadrzędna – to taka, która nie wymaga współpracy pacjenta. Ma na celu zmniejszenie zachowań niepożądanych, pacjent odbywa ją w oddziale przez ustalony z góry czas. W czasie trwania konsekwencji pacjent ma ograniczoną możliwość uczestniczenia w zajęciach grupowych i indywidualnych, nie ma możliwości realizowania wzmocnień, ma oddzielny pokój (o ile to jest możliwe, przy pełnym obłożeniu pacjentów jest to mało realne). Pozostałe rzeczy w dokumencie miały konkretnie opisywać czego pacjent nie może mieć dodatkowo, czyli dodatkowych wzmocnień, dodatkowych paczek i udziału w rozmowach telefonicznych oraz spacerach, aktualnie chcielibyśmy wycofać się z zapisu tych informacji – oczywiście najważniejsze jest zachowanie bezpieczeństwa i temu służy ta konsekwencja. Akceptujemy emocje i osobę pacjenta w czasie trwania konsekwencji, indywidualnie uwzględniamy jego możliwości i potrzeby wynikające z diagnozy klinicznej: przykładowo pacjent z manią psychopatyczną czy pacjent z rozpoznaniem schizofrenii i ostrymi objawami wytwórczymi (w postaci np. urojeń odnoszących i prześladowczych) definitywnie nie jest obejmowany taką procedurą. Dla pacjentów z rozpoznaniem choroby psychicznej i nasileniem objawów przewidujemy indywidualne działania. Ustalamy je podczas odpraw zespołu, ponieważ bardzo ważne jest podjęcie wspólnej decyzji uwzględniającej zarówno perspektywę lekarza oceniającego aktualny stan zdrowia psychicznego pacjenta, jak i perspektywę psychologiczną i psychoterapeutyczną, badana jest funkcja każdego z tych objawów oraz intencja osoby. Zakładamy, że osoby małoletnie i chore psychicznie mają ograniczone zdolności w zakresie kontroli swoich zachowań i podejmowania decyzji. Podobnie rzecz ma się z zaburzeniami neurorozwojowymi takimi jak spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualna i nadpobudliwość psychoruchowa oraz specyficzne trudności edukacyjne.

3. Ewaluacja pod kątem wzmocnień

System wzmocnień modyfikowany jest na bieżąco, był również superwizowany w zespole w pakiecie przywilejów, które są z perspektywy pacjentów atrakcyjnymi aktywnościami. System wzmocnień koncentruje się przede wszystkim na wzmacnianiu pożądanych zachowań pacjentów, które modyfikują skutecznie ich funkcjonowanie.

W szczególności dbamy o to, żeby zapewniony był poziom bezpieczeństwa dla każdego z pacjentów, akceptacja emocji i osoby pacjenta, jak również istotny czynnik, który pozwala na zapewnienie więzi i bezpieczeństwa – zachowanie granic wobec trudnych zachowań.

4. Spektrum autyzmu – postępowanie w przypadku osób ze spektrum autyzmu i szczególnymi wymaganiami i potrzebami rozwojowymi

Pacjent po przyjęciu do Ośrodka jest diagnozowany w zespole lekarz, psycholog i terapeuta. Zbierany jest wywiad w dniu przyjęcia od opiekunów prawnych, a kontakt z pacjentem ze strony psychologa odbywa się w pokoju pacjenta, Psycholog i terapeuta przedstawiają się i prowadzą wstępną rozmowę w pokoju pacjenta na powodów umieszczenia w Ośrodku. Rozmowy z pacjentem odbywają się wg potrzeb dostosowanych do pacjenta, jeśli jest to osoba prezentująca zachowania agresywne i niebezpieczne ten kontakt jest minimalizowany we wstępnym okresie trzech dni.

Po zdiagnozowaniu pacjenta formułowany jest indywidualny program terapeutyczny w oparciu o objawy kliniczne i wytyczne psychoterapeutyczne i psychologiczne NICE, APA. Nie ma możliwości stworzenia całościowego jednolitego programu, który odpowiadałby wszystkim pacjentom ze spektrum – analogicznie nie ma programu leczenia farmakologicznego dla osób ze spektrum autyzmu, są natomiast opracowane standardy postępowania.

Dla osób z zaburzeniami neurorozwojowymi (prezentującymi neuroróżnorodność) programy terapeutyczne konstruowane są w sposób dostosowany do ich indywidualnych potrzeb, możliwości i ograniczeń. Przykładowo dla osoby z rozpoznaniem spektrum autyzmu, które jest diagnozowane wg przyjętych standardów: wywiadu rozwojowego, testów psychologicznych ADOS-2, ADIR i innych kwestionariuszy, jak również dostępnej dokumentacji formułowany jest program terapeutyczny.

Dotychczas nie udało się stworzyć żadnego programu terapeutycznego, który pozwoliłby na wyleczenie osoby ze spektrum. Niemniej jednak podstawowym celem programu jest dostosowanie wymagań do objawów klinicznych spektrum autyzmu – to jest branie pod uwagę przetrwałych deficytów wzajemnej komunikacji społecznej i

społecznych interakcji oraz ograniczone, powtarzalnych wzorców zachowań, zainteresowań i aktywności. Środowisko w jakim przebywa dziecko musi sprzyjać rozwijaniu jego mocnych stron.

Wg kryteriów DSM-5 oceniany jest stopień ciężkości obszarów patologicznych od poziomu 1 (lekkie nasilenie objawów ze spektrum autyzmu) wsparcia w niektórych sytuacjach do poziomu 3 (bardzo duże nasilenie objawów) wsparcia bardzo znacznego w wielu obszarach.

W diagnozie bierzemy pod uwagę kryteria współwystępowania objawów opisywanych w literaturze – najczęściej zaburzeń lękowych: lęk społeczny i separacyjny, OCD, zaburzenia nastroju, zaburzenia snu, zaburzenia ruchowe, samouszkodzenia. Wbrew pozorom rzadko zdarza się, aby osoby ze spektrum były sprawcami intencjonalnej przemocy fizycznej wobec innych osób, chyba, że objawy współwystępują z zaburzeniami zachowania.

Zalecenia wg NICE z 2013 r rekomendują oddziaływania psychospołeczne o udowodnionej skuteczności, nie zalecają leków przeciwpsychotycznych, przeciwdepresyjnych, przeciwpadaczkowych ani diety eliminacyjnej (w tym bezglutenowej i bezkazeinowej). W National Standards Project oparte na dowodach stosowane są zasady edukacyjne i behawioralne stosowane do kryterialnych objawów ASD przed 22 rokiem życia:

- o ugruntowanej skuteczności (terapia behawioralna), która opiera się na rozwoju umiejętności niezbędnych do poprawy funkcjonowania społecznego, emocjonalnego i w zakresie komunikacji,
- testowana terapia – trening językowy,
- tej o niepotwierdzonej skuteczności (Integracja sensoryczna).

W Ośrodku koncentrujemy się na dostosowaniu wymagań do możliwości pacjentów – dostosowanie środowiska, które ma ograniczoną liczbę bodźców, stymulacji w postaci kontaktów z innymi ludźmi, branie pod uwagę możliwości odpoczynku od modalności słuchowych, wzrokowych, dotykowych i potrzebie ograniczonego kontaktu z innymi osobami lub brakiem potrzeb kontaktów z innymi osobami.

W Ośrodku stosowane są standardy opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniem ze spektrum autyzmu opracowane przez MZ („Standardy organizacyjne i standardy merytoryczne dla ośrodków I poziomu referencyjnego. Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży/Zespoły Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży”, wyciąg ze standardów dołączony jest do pisma jako Załącznik nr 1).

W KOPSN poza dostosowaniem się do standardów dbamy o ograniczenie zmian w planie dnia – grafik, który pozwala na organizowanie i planowanie zajęć w sposób stały i przewidywalny dla pacjenta.

Rozumienie abstrakcyjnych i złożonych pojęć – dostosowanie języka, formułowanie komunikatów w sposób zrozumiały, empatyczny z użyciem języka konkretnego.

Dla pacjenta z rozpoznaniem spektrum oferujemy rozmowy indywidualne z psychologiem – celem strategicznym tych rozmów jest rozwijanie kompetencji społecznych, próba rozwijania teorii umysłu, rozwijanie kompetencji emocjonalnych. W pracy z pacjentami ze spektrum autyzmu opieramy się na podręcznikach Tonego Attwood.

Modyfikacja oddziaływań wobec tej grupy pacjentów w dużej mierze zależy od nasilenia objawów ze spektrum autyzmu.

Pacjenci z 1 stopniem uczestniczą w większości zajęć z grupą a modyfikacje są minimalne – skupiamy się na rozwijaniu kompetencji. Wobec pacjentów z 3 stopniem dostosowywane są zarówno indywidualne zajęcia, jak i produkty żywnościowe (m.in. konsystencje, którą preferuje), trening komunikacji – alternatywna komunikacja, terapia logopedyczna, SI, treningi umiejętności społecznych, ograniczenie zakresu stymulacji i badanie potrzeb pacjenta. Dodatkowo wdrażane są w związku z współwystępującymi objawami dodatkowe terapie jak np. w przypadku osób samouszkodzających się, wykonanie Skali Columbia i analiza zachowania w zakresie OCD, stereotypii czy manieryzmów. Poznanie funkcji związanej z uszkodzaniem między innymi – rozładowaniem napięcia spowodowanym nadmiernymi bodźcami. Dostosowanie wymagań w zakresie nadwrażliwości (w postaci noszenia słuchawek),

jedzenia, faktury, ubrania itd. mające na celu zmniejszenie objawów. Alternatywne sposoby dostosowania środowiska w zakresie wrażliwości sensorycznej takich jak;

- wrażliwość na dźwięk stosujemy zatyczki, słuchawki – terapia SI i terapia integracji słuchowej.

-wrażliwość dotykowa, percepcja bólu i temperatury - organicznie częstotliwości - akceptacja mocnego fizycznego uścisku SI itd.

- wrażliwość smakowa i węchowa - urozmaicanie menu – system odwrażliwiania, dostosowanie wymagań w menu do potrzeb dziecka,

-wrażliwość wzrokowa – miejsce, gdzie dziecko może się uspokoić – (pokój z huśtawką),

Ważna jest praca terapeutyczna z pacjentem w zakresie tworzenia historyjek społecznych, doświadczanie i trenowanie tych umiejętności w zakresie dostępnym dla dziecka. Dotychczas nasi pacjenci nie prezentowali niepowtarzalnych wzorców sensorycznych, synestezji. Zakładamy, że ta forma komunikacji może pojawiać się u kolejnych pacjentów. W Ośrodku mamy zajęcia grupowe dla pacjentów ze spektrum autyzmu; Trening Zastępowania Agresji, zajęcia o emocjach, socjoterapia, Trening Umiejętności Społecznych. Najlepiej sprawdzają się zajęcia, podczas których pacjenci uczą się od innych pacjentów na zasadzie modelowania kontaktów społecznych, emocjonalnych i doświadczają ich w codziennym życiu ośrodkowym.

Chciałam zauważyć, że osoby ze spektrum wymagają długotrwałych i intensywnych oddziaływań jednak ich wyniki nie są nadal niestety efektywne.

Dla osób z rozpoznaniem niepełnosprawności intelektualnej, z rozpoznaniem ADHD, z zaburzeniem identyfikacji płciowej -stosujemy standardy opieki opracowanych dla MZ („Standardy organizacyjne i standardy merytoryczne dla ośrodków I poziomu referencyjnego. Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży/Zespoły Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży”, wyciąg ze standardów dołączony jest do pisma jako Załącznik nr 2, Załącznik nr 3 i Załącznik nr 4). Nadmieniam również, iż Dyrektorka jednostki z wykształcenia również

psycholog posiada wszelkie niezbędne szkolenia dotyczące niezgodności płci, transpłciowości i niebinarności jak również szkolenia odnośnie wsparcia dzieci i młodzieży LGBT+.

IV. W odpowiedzi na uwagi zawarte w Raporcie, dotyczące sposobu i metod realizowania zabezpieczenia pacjentów w postaci przymusu bezpośredniego, przedstawiam poniższe wyjaśnienia oraz informacje o podjętych przez Ośrodek działaniach celem dostosowanie funkcjonowania Ośrodka do zaleceń Zawartych w Raporcie:

Elementy Raportu zawierające zapytania w sprawie postępowania podczas stosowania przymusu, zostały omówione z personelem biorącym udział w poszczególnych zdarzeniach. Przedyskutowano zastrzeżenia oraz zaplanowano działania naprawcze polegające na:

- a) podjęciu starań o zminimalizowanie stosowania pasów innych niż pasy magnetyczne;
- b) znalezienie alternatywnych pasów posiadających wewnętrzne wyściełanie ochronne;
- c) zaproponowanie postępowania zmniejszającego poczucie dyskomfortu u pacjenta;
- d) skontaktowanie się z firmą przeprowadzającą szkolenia naszego personelu w zakresie teorii i praktyki stosowania przymusu bezpośredniego oraz potwierdzenie zgodności i prawidłowości wykonywania zaleceń (dotyczy sytuacji przytrzymywania kończyny górnej pacjenta techniką obejmowania łukiem, kolano - podudzie pracownika);
- e) powstrzymanie się od unieruchamiania pacjentów z rękami uniesionymi do góry jako sposobu na zmniejszenia ryzyka powstawania uszkodzenia kończyn u pacjentów będących w znacznym pobudzeniu ruchowym;
- f) powstrzymanie się od dodatkowego posiłkowania się szarfą. Podczas unieruchamiania tułowia w przypadku silnego prężenia i wyginania ciała pacjenta, mogącego skutkować powstaniem obrażeń i powikłań;

- g) wyeliminowanie niepożądanego działania, takiego jak przykrywanie twarzy pacjenta koszulką. W przypadku płucia, odksztuszania wydzieliny, wprowadzenie używania przyłbic ochronnych dla personelu oraz maseczki medycznej dla pacjenta
- h) zapewnienie jak największej intymności i poszanowania godności osobistej pacjenta przy wykonywaniu zabiegów medycznych (dotyczy sytuacji asekurowania przez sanitariuszy pacjentki, u której z racji procesu chorobowego istniało ryzyko gwałtownego pogorszenia zachowania oraz wystąpienia skutków ubocznych, np. złamania igły);
- i) zapewnienie poczucia intymności u pacjenta załatwiającego potrzeby fizjologiczne. Czasowe zwolnienie w takim celu z unieruchomienia, zawsze wtedy, kiedy zdrowia pacjenta na to pozwala.

Jednocześnie, odnosząc się do pytań zawartych w raporcie, informuję, że:

1. Pasy magnetyczne transportowe stosowane były jedynie na czas przejazdu do stomatologa. Nie były one stosowane podczas wizyty.
2. Gaza opatrunkowa, służyła do osłonięcia krwawiących ust pacjentki, którego powodem było autoagresywne ich przygryzanie. Gaza nie stanowiła metody podawania leku.

Pragnę również poinformować, iż procedury przyjęcia pacjenta do placówki została zaktualizowana dnia 1 sierpnia 2023 r. Został w niej zawarty wpis o przeszukaniu osobistym pacjenta, tylko i wyłącznie na indywidualne zlecenie lekarskie.

Działając w imieniu Krajowego Ośrodka Psychiatrii Sądowej dla Nieletnich w Garwolinie pragnę zadeklarować, że po otrzymaniu informacji o wykrytych nieprawidłowościach w Ośrodku, które mogłyby prowadzić do niehumanitarnego lub poniżającego traktowania pacjentów, rozpoczęliśmy proces rewizji oraz wprowadzenia niezbędnych zmian, które mają na celu wyeliminowanie praktyk kwestionowanych w Raporcie. Przeprowadziliśmy wewnętrzną analizę sytuacji, która miała na celu ustalenie przyczyn naruszenia standardów postępowania. Na

bieżąco prowadzimy również szkolenia dla personelu Ośrodka- chcemy, aby nasi pracownicy byli w pełni świadomi norm postępowania i zobowiązań zawodowych. W tym celu Ośrodek podjął konsultacje z ekspertami zewnętrznymi. Warto wskazać również, iż Ośrodek niezmiennie podejmuje działania mające na celu minimalizowania ewentualnych zagrożeń, w tym ewentualnych nadużyć w stosowaniu przymusu bezpośredniego, poprzez aktualizowanie procedur monitorowania i kontroli, aby zapewnić regularne i skuteczne sprawdzanie warunków oraz traktowania naszych podopiecznych. Celem podjętych działań jest wyeliminowanie niepożądanych incydentów w przyszłości. Naszym priorytetem zawsze będzie dobro i bezpieczeństwo naszych podopiecznych.

Signature Not Verified

Dokument podpisany przez
SYLWIA ANNA GÓRSKA
Data: 2024.02.02 10:11:48
CET

Załącznik nr 1 - standardy opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniem ze spektrum autyzmu

Załącznik nr 2- standardy dla dzieci i młodzieży z rozpoznaniem niepełnosprawności intelektualnej.

Załącznik nr 3 – standardy dla dzieci i młodzieży z rozpoznaniem ADHD.

Załącznik nr 4 - - standardy dla dzieci i młodzieży z zaburzeniem identyfikacji płciowej.

Załącznik nr 1 - standardy opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniem ze spektrum autyzmu

Standard 1

Diagnoza w kierunku ASD może być przeprowadzona w każdym wieku. Najwcześniejsze rozpoznania są stawiane ok. 18-24 m.ż. U młodszych dzieci diagnoza obarczona jest większym błędem. W czasie procesu diagnostycznego powinni uczestniczyć różni specjaliści, w tym: psychiatra dzieci i młodzieży, psycholog, pedagog i/lub neurologopeda i/lub inny specjalista posiadający doświadczenie w diagnozowaniu pacjentów z ASD. Rozpoznanie należy ustalić wspólnie (konieczność odbycia konsylium i wspólnej pracy nad uzyskanymi danymi, dokumentami, materiałami audio/video, danymi o rodzinie). Rozważenie wątpliwości co do diagnozy różnicowej i funkcjonalnej. Jest to możliwe wtedy, gdy co najmniej dwoje terapeutów wykonuje pracę w jednym miejscu i czasie.

Proces diagnostyczny powinien obejmować:

przeprowadzenie wywiadu z rodzicem/opiekunem (np. ADI-R - wywiad do diagnozy ASD), obserwacja dziecka/nastolatka w sytuacjach swobodnych i zadaniowych (m.in. ADOS - protokół obserwacji autyzmu), próby oceniające funkcje poznawcze (m.in. mentalizację, centralną koherencję),

informacje o funkcjonowaniu pacjenta w różnych środowiskach (w tym informacje ze szkoły, obserwacja na terenie szkoły, wykorzystanie materiału filmowego przygotowanego przez rodziców obrazujących codzienne funkcjonowanie pacjenta w różnych sytuacjach, w tym sytuacjach społecznych, w przypadku nastolatków może być wykorzystany „materiał audio”),

u dzieci poniżej 5 r.ż. - diagnoza funkcjonalna, u dzieci \geq 5 r.ż. - ocena poziomu rozwoju intelektualnego,

podsumowanie i przekazanie informacji zwrotnych z przeprowadzonej diagnozy, przedstawienie dalszego postępowania - np. pokierowanie do miejsc prowadzących terapię, uzyskanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego; czynności te jako wynik wspólnej pracy zespołu (lekarz, psycholog, pedagog) wymagają udziału co najmniej dwóch osób z zespołu

Standard 2

W przypadku podejrzenia ASD pacjent może być skierowany do: 1) Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej wyznaczonej do diagnozowania ASD (przeprowadzenie diagnozy psychologiczno-pedagogicznej, uzyskanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, wspieranie rozwoju w zakresie trudności edukacyjnych, oddziaływanie terapeutyczne, m.in. TUS, terapia indywidualna), z potrzebą dodatkowej konsultacji psychiatry dzieci i młodzieży; 2) Poradni dla Osób z Autyzmem (diagnoza w kierunku ASD, zajęcia terapeutyczne ukierunkowane na redukcję istniejących trudności pacjenta, angażowanie i wspieranie rodziców osób z ASD, leczenie zaburzeń towarzyszących rozpoznanych u pacjenta); 3) ośrodka II poziomu referencyjnego (PZP, ośrodki posiadające wysokospecjalistyczne programy diagnostyczne i terapeutyczne); 4) całodobowego oddziału psychiatrycznego w

przypadku pacjenta z towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi lub innymi trudnościami;
5) innych ośrodków/stowarzyszeń posiadających odpowiednie kwalifikacje.

Standard 3

Interwencje pedagogiczne i psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży z ASD powinny uwzględniać: a) wiek pacjenta, jego trudności (objawy kryterialne, zaburzenia towarzyszące), poziom rozwoju intelektualnego oraz języka funkcjonalnego; b) w miarę możliwości działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), c) współpracę i angażowanie rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarze rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Standard 4

W zależności od obrazu klinicznego i potrzeb pacjenta z ASD w redukowaniu trudności z obszaru objawów osiowych należy stosować różne oddziaływania psychospołeczne o udowodnionej skuteczności, dostosowane do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, z zaangażowaniem rodziny lub opiekunów. Tym samym innej pomocy potrzebują pacjenci z np. 1) opóźnionym rozwojem języka i niepełnosprawnością intelektualną w wieku 8 lat (m.in. wspieranie: rozwoju mowy – opieka neurologopedyczna, pedagogiczna; rozwoju komunikacji społecznej – opieka psychologiczna, neuropsychologiczna, pedagogiczna; nauka zabawy z rówieśnikami – terapia w małej grupie; problemy edukacyjne – dostosowanie wymagań edukacyjnych, klasy terapeutyczne, szkoły specjalne), a innej 2) pacjenci w normie intelektualnej z prawidłowym poziomem języka funkcjonalnego w okresie dorastania (m.in. rozwijanie kompetencji w zakresie komunikacji społecznej, nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji z innymi osobami, budowaniu samoświadomości). Istotną rolę w terapii pacjentów z ASD, szczególnie w przypadku opóźnienia rozwoju języka werbalnego, mają alternatywne i wspomagające metody porozumiewania się.

Standard 5

Podczas stosowania terapii u dzieci i młodzieży z ASD, podobnie, jak w innych zaburzeniach psychicznych, należy zwrócić szczególną uwagę na: a) rozwijanie i utrzymywanie sojuszu terapeutycznego z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami; b) wspólne z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami ustalanie początkowych i kolejnych celów leczenia; c) aktywne angażowanie rodziny/opiekunów w planowanie i prowadzenie terapii (jeśli jest to możliwe i wskazane); d) włączenie systemu nagród w celu zwiększenia motywacji dziecka/adolescenta i wzmocnienia pożądanych zmian w zachowaniu; e) rozwijanie zasobów dziecka/rodziny/opiekunów

Standard 6

W leczeniu towarzyszących zaburzeń psychicznych, po uwzględnieniu m.in. specyfiki komunikacji społecznej pacjenta, jego umiejętności budowania relacji, zrozumienia różnych sytuacji społecznych, zachowań stereotypowych, zakłóceń ze strony zmysłów, stosuje się schematy adekwatne do leczenia konkretnych jednostek chorobowych (np. w depresji –

psychoterapia indywidualna i/lub rodzinna, w dalszej kolejności – farmakoterapia). Modyfikacja psychoterapii dla młodych osób z ASD obejmuje m.in. 1) wykorzystanie bardziej konkretnego języka, przykładów, zredukowanie używania języka refleksyjnego; 2) zachowanie pewnej rutyny; 3) wspieranie przekazu werbalnego innym przekazem, np. wizualnym, wiadomości email; 4) wykorzystanie specyficznych zainteresowań; 5) zminimalizowanie dystraktorów

Standard 7

W przypadku pojawiających się zachowań autoagresywnych i agresywnych, a także nasilonej drażliwości należy: a) uwzględnić kompleksową konceptualizację problemu, ze zwróceniem uwagi na potencjalne czynniki predysponujące, wywołujące i podtrzymujące objawy, opis zasobów i słabych stron pacjenta, rodziny, otoczenia społecznego oraz opis mechanizmów powstawania zachowań i ich podtrzymywania; b) uwzględnić czynniki, które mogą wyzwać omawiane trudności, w tym m.in.: zaburzenia lękowe i/lub nastroju, objawy psychotyczne, współistnienie zaburzeń somatycznych, dolegliwości bólowych, zmiany w otoczeniu dziecka, przemoc stosowaną wobec pacjenta; c) uwzględnić informację z różnych środowisk, w których funkcjonuje dziecko; d) w zależności od diagnozy problemu podjąć oddziaływania terapeutyczne mające na celu redukcję zachowań zagrażających; e) w przypadku braku poprawy rozważyć leczenie farmakologiczne według aktualnych zaleceń towarzystw krajowych i międzynarodowych

Standard 8

W przypadku drażliwości, agresji i autoagresji u osób z ASD, jeżeli oddziaływania psychospołeczne nie są wystarczające lub ze względu na ciężkość objawów możliwe jest włączenie farmakoterapii. Jednak przed włączeniem farmakoterapii należy przeprowadzić wtórną, pogłębioną ocenę problemu i sposobu oddziaływań (tj. pogłębioną diagnozę psychologiczną problemu, ze szczególnym zwróceniem uwagi na wszystkie wymagane elementy konceptualizacji oraz przegląd zastosowanych metod leczenia i sposobów ich wdrażania). Największą efektywność w omawianym obszarze trudności opisano w stosunku do risperidonu (zarejestrowany do krótkotrwałego leczenia - do 6 tygodni - długotrwałej agresji u niepełnosprawnych intelektualnie dzieci powyżej 5 roku życia lub młodzieży z zaburzeniami zachowania). Kolejnym lekiem rekomendowanym przez FDA ze względu na skuteczność i bezpieczeństwo jest aripiprazol (zarejestrowany od 15 r.ż.). Oba preparaty są rekomendowane przez FDA do leczenia tych objawów w ASD. W przypadku stosowania leków we wskazaniach pozarejestacyjnych wymagane jest uzyskanie pisemnej zgody rodzica. Nie należy przekraczać maksymalnych dawek zalecanych dla dzieci i młodzieży. Jeżeli mniejsza dawka leku jest nieskuteczna, dawkę należy zwiększać do czasu uzyskania odpowiedzi terapeutycznej, przy uważnym i dokładnym monitorowaniu pod kątem zdarzeń niepożądanych.

Standard 9

Zasady prowadzenia leczenia farmakologicznego (w tym możliwe objawy niepożądane, sposoby postępowania w przypadku ich pojawienia się – niezwłoczny kontakt z lekarzem prowadzącym/lekarzem pediatrą, konieczność przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami, opóźnienie wystąpienia odpowiedzi terapeutycznej, czas trwania leczenia) i jego monitorowania należy omówić z dzieckiem/adolescentem oraz jego rodzicami/opiekunami, i odnotować w historii choroby.

Standard 10

Próbie odstawienia leczenia farmakologicznego u dzieci i młodzieży z ASD należy podjąć, jeśli osiągnięto remisję w zakresie drażliwości, agresji i autoagresji (tj. objawy nie są już istotne klinicznie lub dziecko/adolescent w pełni prawidłowo funkcjonuje). Dawkę leku należy stopniowo zmniejszać w ciągu kilku tygodni, zgodnie z potrzebami danej osoby. Tempo redukcji powinno uwzględniać dawkę początkową, okres półtrwania leku oraz poszczególne profile działań niepożądanych. Przez cały czas odstawienia leku dzieci i młodzież z ASD powinny kontynuować terapię.

Signature Not Verified

Dokument podpisany
przez SYLWIA ANNA
GÓRSKA
Data: 2024.02.02
10:11:56 CET

Załącznik nr 3 – standardy dla dzieci i młodzieży z rozpoznaniem ADHD.

Standard 1

O diagnozie ADHD należy myśleć u każdego dziecka/adolescenta zgłoszonego z powodu problemów w nauce lub zachowaniu. Diagnoza musi być oparta na zebraniu informacji z różnych źródeł, nie może być oparta wyłącznie na obserwacji bezpośredniej lub narzędziach psychometrycznych.

Standard 2

Interwencje psychologiczne kierowane do dzieci i młodzieży z ADHD powinny: uwzględniać działania o charakterze psychoedukacyjnym skierowane do dziecka/adolescenta oraz rodziców/opiekunów z zastosowaniem adekwatnego do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych sposobu przekazu (przekazanie informacji na temat natury zaburzenia, jego przyczyn, sposobów leczenia, adekwatnego zakresu udzielonego wsparcia), uwzględniać kompleksową konceptualizację problemu, z uwzględnieniem potencjalnych czynników nasilających objawy, opisu zasobów i słabych stron, związanych z osobą pacjenta, rodziną, otoczeniem być oparte na współpracy i angażować rodziców/opiekunów oraz inne osoby zaangażowane w życie dziecka/adolescenta, w tym nauczycieli lub wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają normalne funkcjonowanie w obszarze rodzinnym, rówieśniczym lub szkolnym.

Standard 3

W przypadku każdego dziecka/adolescenta z ADHD należy uwzględnić wszystkie współwystępujące problemy, także powikłania objawów osiowych zaburzenia i uwzględnić je w konceptualizacji i planowaniu terapii. Osoby zaangażowane w opiekę na pacjentem powinny podjąć działania ukierunkowane na nawiązanie sojuszu terapeutycznego ze wszystkimi uczestnikami procesu leczenia i na wsparcie dziecka w wyjściu z roli dziecka 'niegrzecznego, leniwego czy sprawiającego problemy'. Osoby zaangażowane w opiekę na pacjentem powinny podjąć działania ukierunkowane na nawiązanie sojuszu terapeutycznego ze wszystkimi uczestnikami procesu leczenia i na wsparcie dziecka w wyjściu z roli dziecka 'niegrzecznego, leniwego czy sprawiającego problemy'.

Standard 4

W przypadku dzieci w wieku od 3-6 lat najskuteczniejsze są oddziaływanie o charakterze treningów rodzicielskich ukierunkowanych na objawy ADHD, indywidualne lub grupowe, których celem jest wprowadzenie modyfikacji środowiskowych i behawioralnych. U

dzieci/młodszych adolescentów w 6-12 lat zaleca się oddziaływania o charakterze treningów rodzicielskich w połączeniu z interwencjami na terenie szkoły (modyfikacje środowiskowe i behawioralne w klasie), treningiem umiejętności społecznych, treningiem rozwiązywania problemów. W przypadku nastolatków w wieku 12-18 lat wprowadza się modyfikacje środowiskowe i behawioralne w domu i szkole z czynnym zaangażowaniem samego nastolatka, jak również terapię indywidualną bądź grupową w zależności od problemów współwystępujących stosownie do standardów ich leczenia (psychoterapia w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowana do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniająca zaangażowanie rodziny lub opiekunów. Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta). W przypadku nastolatków w wieku 12-18 lat wprowadza się modyfikacje środowiskowe i behawioralne w domu i szkole z czynnym zaangażowaniem samego nastolatka, jak również terapię indywidualną bądź grupową w zależności od problemów współwystępujących stosownie do standardów ich leczenia.

Standard 5

W przypadku przewagi zachowań negatywnych w relacji rodzic-dziecko należy rozszerzyć zakres umiejętności rodzicielskich) W przypadkach jawnej dysfunkcji systemu rodzinnego wdrożenie interwencji behawioralnych powinno być poprzedzone mediacją lub terapią rodziny (ewentualnie prowadzenie interwencji behawioralnych w ramach terapii rodzinnej)

Standard 6

Wspólnymi elementami modyfikacji behawioralnych i środowiskowych jest dostosowanie wymagań i przystosowanie otoczenia do możliwości dziecka/adolescenta. Obejmują one:

- ograniczenie bodźców zewnętrznych w czasie wykonywania przez dziecko/adolescenta zadań wymagających skupienia (puste, uporządkowane miejsce pracy, z dala od okna, bliskość nauczyciela lub nadzór osoby dorosłej, sadzanie w ławce ze spokojnym uczniem, umieszczanie w małolicznej klasie);
- ograniczenie zakresu zadań wykonywanych jednorazowo, skracanie czasu pracy (dzielenie materiału, przerwy, kontrola przez osobę dorosłą);
- pomoc w selekcji informacji i planowaniu pracy;
- sposób wydawania poleceń (krótkie, jednoznaczne komunikaty, bez stosowania przeczeń, wypowiedziana po przywołaniu uwagi dziecka);

- strukturyzacja dnia oraz korzystanie z zewnętrznych narzędzi organizacyjnych.

W celu zmniejszenia ilości zachowań niepożądanych i zwiększenia ilości zachowań pożądanых wprowadza się możliwe do stosowania przez otoczenie;

-wzmocnienia pozytywne (nagradzanie prawidłowych zachowań, systemy żetonowe i punktowe),

-wzmocnienia negatywne (system konsekwencji),

-modelowanie oraz analizę behawioralną zachowań trudnych.

Standard 7

Jeśli w ciągu 12 tygodni po zakończeniu wprowadzania interwencji psychologicznych/ środowiskowych, bądź od początku obserwuje się znaczne nasilenie objawów utrudniające funkcjonowanie dziecka/adolescenta, zaburzające życie rodzinne i utrudniające znacząco edukację, należy skierować dziecko/adolescenta do ośrodka II poziomu w celu diagnozy psychiatrycznej i ewentualnego rozpoczęcia leczenia farmakologicznego. Przed włączeniem leczenia farmakologicznego należy wykonać badanie pediatryczne dziecka/adolescenta, łącznie z oceną masy ciała, wzrostu, ciśnienia krwi i tętna. W przypadku wskazań klinicznych wykonywana jest dodatkowa diagnostyka laboratoryjna, badanie EKG. Konieczne jest również zebranie wywiadu w kierunku zaburzeń kardiologicznych, zarówno w rodzinie pacjenta, jaki i występujących u samego pacjenta. W następujących przypadkach niezbędna jest konsultacja kardiologiczna przed włączeniem leku:

- (1) obecność wrodzonej wady serca lub stan po operacji kardiologicznej,
- (2) nagły zgon sercowy poniżej 40 r.ż u krewnego pierwszego stopnia,
- (3) kołatanie serca,
- (4) ból stenokardialny,
- (5) objawy niewydolności krążenia,
- (6) szmery patologiczne serca,
- (7) nadciśnienie tętnicze,
- (8) omdlenia,
- (9) duszność wysiłkowa.

Standard 8

Podstawowe zalecenia związane z prowadzeniem leczenia farmakologicznego dzieci/adolescentów z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej obejmują:

- (a) prowadzenie leczenia tak długo, jak jest ono potrzebne,
- (b) wprowadzenie wakacji lekowych w celu oceny wskazań do dalszego leczenia,
- (c) monitorowanie działań niepożądanych, zgodnie z zaleceniami dla danego leku.
- (d) Zalecane jest rozpoczynanie leczenia farmakologicznego dzieci/adolescentów z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej od włączenia leku psychostymulującego lub atomoksetyny.
- (e) W przypadku braku skuteczności najwyższej dopuszczalnej lub tolerowanej dawki przez co najmniej 6 tygodni należy dokonać zmiany na najpierw na inny lek podstawowy (inny psychostymulujący lub atomoksetynę, jeśli nie była stosowana) w drugiej kolejności leki nie stymulujące, inne niż atomoksetyna.

Signature Not Verified

Dokument podpisany przez
SYLWIA ANNA
GÓRSKA
Data: 2024.02.02 10:12:02
CET

Załącznik nr 4 - - standardy dla dzieci i młodzieży z zaburzeniem identyfikacji płciowej.

Standard 1

Diagnostykę dysforii płciowej/zaburzeń identyfikacji płciowej u dzieci i młodzieży powinni prowadzić specjaliści wyszkoleni w psychologii i psychopatologii wieku rozwojowego: (a) mający kompetencje w stosowaniu wytycznych DSM-5 i ICD-10/11 do celów diagnostycznych, (b) potrafiący zróżnicować dysfориę płciową i inne jednostki chorobowe o podobnym obrazie klinicznym (np. cieleśne zaburzenie dysmorficzne), (c) wyszkoleni i doświadczeni w diagnozowaniu zaburzeń psychicznych, (d) mający możliwości podjęcia lub skierowania na odpowiednie leczenie, (e) potrafiący ocenić czynniki psychospołeczne mogące mieć wpływ na rozumienie przez pacjenta istoty terapii oraz możliwość podjęcia terapii hormonalnej, (f) praktykujący regularne wizyty z pacjentem, (g) dysponujący wiedzą na temat kryteriów hormonalnego blokowania dojrzewania płciowego i afirmacyjnej terapii hormonalnej.

Standard 2

Konieczne jest zdiagnozowanie zaburzeń związanych z płcią u dziecka lub nastolatka zgodnie z obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi (DSM-5 lub ICD-11). Możliwe jest wykorzystanie odpowiednio zwalidowanych kwestionariuszy diagnostycznych oceniających identyfikację płciową dziecka, obecność zachowań nonkonformistycznych płciowo oraz nasilenie dysforii płciowej.

Standard 3

Diagnostykę należy poszerzyć o aktywne poszukiwanie współistniejących zaburzeń psychicznych u dziecka lub nastolatka i dążyć do ich odpowiedniego zaopatrzenia w pierwszej kolejności. Ta grupa pacjentów powinna być uważnie przeanalizowana pod kątem pragnienia zmiany płci w kontekście doświadczonej traumy lub występowania innego zaburzenia mogącego powodować problemy związane z identyfikacją płciową takich jak schizofrenia, mania czy depresja z objawami psychotycznymi. Przy obecności chorób współistniejących, psychopatologia związana z tą chorobą powinna być objęta opieką w pierwszej kolejności. Konieczna jest ponadto identyfikacja ewentualnych problemów psychicznych u opiekunów dziecka oraz analiza relacji rodzic – dziecko pod kątem istniejących trudności i zalecenie odpowiedniego postępowania.

Standard 4

Postępowanie z nastolatkiem, u którego zaburzenia identyfikacji płciowej przetrwały z dzieciństwa jest bardziej klarowne niż w przypadku, gdy objawy te pojawiły się w późniejszym okresie. Konieczna jest wnikliwa psychologiczno – psychiatryczna ewaluacja pacjenta, który zgłosił się z życzeniem zmiany płci oraz ocena bezpieczeństwa środowiska rodzinnego oraz szkolnego w zakresie ryzyka stygmatyzacji i prześladowań związanych z niezgodnością płciową dziecka i ewentualne wdrożenie odpowiednich metod zapobiegawczych.

Standard 5

Konieczne jest zapewnienie wyczerpującej psychoedukacji opiekunom odnośnie do wszystkich dostępnych opcji terapeutycznych zaburzeń identyfikacji płciowej, aby umożliwić wybór zgodnego z oczekiwaniami planu terapeutycznego i wydania w pełni świadomej

zgody na wybraną formę leczenia. Należy zapewnić dziecku psychoedukację dostosowaną do jego wieku. Konieczne jest również przedstawienie informacji o ograniczonej ilości dowodów naukowych w zakresie wyników leczenia dzieci z zaburzeniami identyfikacji płciowej.

Standard 6

Nadrzędnym zadaniem psychoterapii dziecka ze stwierdzoną dysforią płciową jest dążenie do stabilności psychicznej i poprawy samopoczucia poprzez zminimalizowanie objawów niepokoju związanego z zaburzeniem identyfikacji płciowej. Oddziaływania psychoterapeutyczne (indywidualne, grupowe, rodzinne) powinny być prowadzone w uznanym, opartym na dowodach podejściu, dostosowane do poziomu rozwoju i możliwości poznawczych, uwzględniające zaangażowanie rodziny lub opiekunów. Istnieje możliwość stosowania różnych podejść terapeutycznych w sytuacji braku dostępności metody rekomendowanej lub okoliczności klinicznych wymagających modyfikacji planu leczenia, zgodnie z konceptualizacją problemu pacjenta.

Standard 7

Wg standardów WPATH całkowicie odwracalne kroki (tranzycja społeczna, hormonalna supresja dojrzewania) powinny być podejmowane jako pierwsze, a w następnej kolejności częściowo odwracalne (afirmatywna terapia hormonalna), na końcu nieodwracalne (zabiegi chirurgiczne). Konieczne jest objęcie psychoterapią nastolatków będących w procesie zmiany płci na każdym jej etapie, począwszy od etapu społecznej tranzycji.

Standard 8

Konieczna jest ocena gotowości psychicznej nastolatka do podejmowania każdego z kolejnych etapów zmiany płci. Dwa cele uzasadniają interwencję z użyciem hormonów hamujących dojrzewanie: (a) ich zastosowanie daje nastolatkom więcej czasu na pogłębioną ocenę swojej nienormatywności płciowej oraz innych problemów rozwojowych, (b) ich zastosowanie może ułatwić tranzycję przez zapobieżenie rozwojowi cech płciowych, które są trudne lub niemożliwe do odwrócenia, jeśli osoba nastoletnia nadal będzie dążyć do medycznej tranzycji. Należy zapewnić dokumentację specjalistom innych dziedzin zaangażowanych w proces opieki nad pacjentem.

Standard 9

Rola specjalisty zdrowia psychicznego w umożliwieniu podjęcia leczenia hormonalnego u nastolatka obejmuje: (a) potwierdzenie długotrwałego, stałego i intensywnego wzoru nonkonformizmu płciowego lub dysforii płciowej, (b) stwierdzenie nasilenia dysforii płciowej z początkiem dojrzewania płciowego, (c) zapewnienie, iż jakiegokolwiek współistniejące problemy psychologiczne, medyczne lub socjalne, które mogłyby ingerować w leczenie zostały zaopatrzone w stopniu umożliwiającym wdrożenie leczenia, (d) ocenę czy nastolatek dysponuje wystarczającymi zdolnościami poznawczymi do wydania świadomej zgody na leczenie i zrozumiał warunki leczenia.

Standard 10

Hospitalizacja w oddziale dziennym dzieci i młodzieży powinna być rozważona w przypadku: (a) braku odpowiedzi na odpowiednie próby leczenia psychologicznego, farmakologicznego lub skojarzonego towarzyszących zaburzeń psychicznych, stosowanych przez odpowiednio długi czas w warunkach ambulatoryjnych. Hospitalizacja w oddziale

całodobowym dzieci i młodzieży, z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) ryzyka samobójstwa; (b) współwystępowania innych zaburzeń psychicznych, w tym ciężkiej depresji, zaburzeń psychotycznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego; (c) nasilonych zachowań autoagresywnych oraz agresywnych zagrażających życiu innych osób, (d) konieczności pogłębienia/weryfikacji diagnozy w zakresie niemożliwym do realizacji w trybie ambulatoryjnym.

Signature Not Verified

Dokument podpisany
przez SYLWIA
ANNA GÓRSKA
Data: 2024.02.02
10:12:14 CET

Załącznik nr 2- standardy dla dzieci i młodzieży z rozpoznaniem niepełnosprawności intelektualnej.

Standard 1

Zgłaszane i obserwowane trudności w funkcjonowaniu intelektualnym i zachowaniu adaptacyjnym powinny być rozpatrywane w kontekście rozwojowym (okres życia) i społeczno- kulturowym dziecka/ adolescenta.

Standard 2

Diagnoza niepełnosprawności intelektualnej u dzieci/ adolescentów powinna obejmować zarówno poziom funkcjonowania intelektualnego, jak i poziom przystosowania społecznego (zachowania adaptacyjne). Algorytm postępowania diagnostycznego powinien obejmować kolejno: (1) dokonanie wstępnego rozeznania funkcjonowania intelektualnego i emocjonalno-społecznego dziecka/adolescenta w kontekście jego etapu rozwoju oraz kontekstu środowiska w którym dziecko funkcjonuje, (2) diagnostykę funkcjonowania intelektualnego oraz zachowań adaptacyjnych (przystosowanie społeczne) spełniającymi wymagania psychometryczne psychologicznymi narzędziami diagnostycznymi, (3) określenie profilu potrzebnego wsparcia, (4) podjęcie oddziaływań, których rodzaj jest uzależniony od zgłoszonych lub zidentyfikowanych trudności.

Standard 3

Wstępne rozeznanie funkcjonowania intelektualnego i poziomu przystosowania społecznego powinno uwzględniać: (1) wywiad rodzinny z rodzicami/opiekunami dziecka/ adolescenta, (2) obserwację i wywiad z dzieckiem/ adolescentem, (3) ocenę środowiska życia dziecka, (4) analizę stanu psychofizycznego oraz informacji uzyskanych z innych źródeł (np. ogólne badania medyczne, badania i diagnozy specjalistyczne, opinia z przedszkola/ szkoły).

Standard 4

Zgodnie z wytycznymi WHO, APA i AAIDD, do diagnozy niepełnosprawności intelektualnej u dzieci i adolescentów wymagana jest ocena funkcjonowania intelektualnego oraz zachowań adaptacyjnych standaryzowanymi i znormalizowanymi narzędziami (testami) psychologicznymi. Narzędzia powinny spełniać wymogi psychometryczne (wysoka trafność i rzetelność narzędzia) i być dobrane do indywidualnych możliwości dziecka/ adolescenta. Przy doborze narzędzi ogólnego funkcjonowania intelektualnego oraz zachowania przystosowawczego powinno się uwzględniać zróżnicowanie kulturowe, językowe, psychofizyczne dziecka/ adolescenta. Narzędzia powinny dawać możliwość odniesienia się do średniej (z uwzględnieniem odchylenia standardowego oraz możliwości/ograniczeń diagnostycznych danego testu), zgodnie z kryteriami czterech poziomów (stopni) niepełnosprawności intelektualnej (sekcja: Obraz kliniczny). Ze względu na charakter diagnozy (obszar ochrony zdrowia), zaleca się, aby narzędzia służące ocenie funkcjonowania intelektualnego pozwalały na odniesienie się do ilorazu inteligencji i jej przedziału (przedział IQ). Ocena przystosowania (zachowania adaptacyjnego) powinna dawać możliwość odniesienia się do umiejętności poznawczych – sfera konceptualna, społecznych i praktycznych. Ze względu na efekt Flynna (obserwowaną tendencję wzrostu IQ z pokolenia na pokolenie) normy służące do interpretacji wyników powinny być zawsze aktualne i

uwzględniać populację osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób charakteryzujących się prawidłowym rozwojem.

Standard 5

W zależności od celu diagnozy i specyfiki podmiotu udzielającego świadczeń, można dokonać oceny globalnego funkcjonowania intelektualnego i zachowań adaptacyjnych lub pogłębionej diagnozy funkcjonowania w poszczególnych sferach. W tym celu można wykorzystać m.in. narzędzia wydawanych przez polskich wydawców testów lub/udostępnianych w recenzowanych publikacjach naukowych. Przykładowo, do najpopularniejszych i powszechnie stosowanych narzędzi wykorzystywanych w diagnozie niepełnosprawności intelektualnej u dzieci młodzieży, zarówno w kontekście globalnej, screeningowej oceny, jak i szczegółowej, w poszczególnych sferach należą m.in. skala Stanford-Binet i skala Inteligencji Wechslera dla Dzieci-WISC.

Standard 6

Dopuszcza się możliwość przeprowadzenia standaryzowanej oceny klinicznej (procedura obserwacyjna), ukierunkowanej na ocenę wskaźników behawioralnych funkcjonowania intelektualnego i zdolności przystosowawczych (zgodnie z Tabelą - Obraz kliniczny niepełnosprawności intelektualnej u dzieci i młodzieży), w przypadku niemożliwości przeprowadzenia badania standaryzowanymi narzędziami psychologicznymi. Dopuszcza się możliwość analizy wyników badania narzędziami badającymi funkcje intelektualne lub/i zachowania adaptacyjne u innego specjalisty, w niedalekiej przeszłości zgodnie ze standardami etycznymi diagnostyki psychologicznej (<https://sekcjadiagnozy.wordpress.com/standardy-diagnostyczne/>; opis w części standardów dotyczącej zasady prowadzenia diagnozy psychologicznej, tworzenia konceptualizacji i planowania interwencji).

Standard 7

W przypadku niemożliwości przeprowadzenia diagnostyki niepełnosprawności intelektualnej, a tym samym zaplanowania procesu efektywnego wsparcia dziecka/adolescenta i jego rodziny, należy podjąć współpracę w tym zakresie z innym specjalistą/ośrodkiem specjalizującym się w diagnostyce funkcjonowania intelektualnego oraz zachowań adaptacyjnych lub/i opiece nad osobami z niepełnosprawnością.

Standard 8

Przy ocenie stopnia niepełnosprawności intelektualnej i planowaniu interwencji należy brać pod uwagę wyniki badania narzędziami diagnostycznymi/standaryzowanej oceny klinicznej, oraz (1) zróżnicowanie językowe, kontekst kulturowy, współwystępujące niepełnosprawności, (2) czynniki które mogły wpłynąć na diagnozę, czynniki ryzyka, czynniki podtrzymujące objawy (Tabela. Czynniki ryzyka niepełnosprawności intelektualnej u dzieci i młodzieży), (3) opis zasobów i słabych stron dziecka/adolescenta, (4) współpracę i zaangażowanie środowiska dziecka/adolescenta (m.in. rodziców/opiekunów lub/i nauczycieli/ wychowawców, zwłaszcza gdy objawy istotnie zakłócają funkcjonowanie w obszarze rodzinnym, rówieśniczym lub przedszkolnym/ szkolnym).

Standard 9

Usprawnianie osób z niepełnosprawnością intelektualną ma charakter interdyscyplinarny i powinno być dostosowane do indywidualnych możliwości dziecka/adolescenta oraz jego rodziny. W przypadku stwierdzenia biologicznych czynników ryzyka należy skierować dziecko/adolescenta do kontaktu z właściwym specjalistą (np. neurolog w przypadku schorzeń neurologicznych; dietetyk w przypadku schorzeń metabolicznych lub genetycznych i potrzeby odpowiedniej diety).

Standard 10

Wspieranie rozwoju dzieci młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną obejmuje m.in. rehabilitację psychologiczną, terapię pedagogiczną i terapię logopedyczną. W celu bezpośredniego usprawniania funkcji intelektualnych, kompetencji edukacyjnych, zwiększenia potencjału rozwojowego dzieci z niepełnosprawnością intelektualną należy kierować je do oddziaływań opartych na wczesnej interwencji/wczesnym wspomaganiu rozwoju lub/i do placówek zajmujących się wielospecjalistyczną, wczesną opieką nad dziećmi zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnymi. W przypadku adolescentów z niepełnosprawnością intelektualną powinno podejmować się elementy rehabilitacji psychologicznej w podmiotach świadczących pomoc psychologiczną dla młodzieży, w zależności od dostępności usług i specjalizacji danego podmiotu.

Standard 11

Ze względu na wtórne zaburzenia emocjonalne i behawioralne oraz zaburzenia funkcjonowania społecznego dzieci oraz młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną powinny być objęte świadczeniami w zakresie opieki psychologiczno-psychiatrycznej i leczenia uzależnień, w zależności od dostępności usług i specjalizacji danego podmiotu. W przypadku trudności w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym interwencje powinny uwzględniać indywidualną lub grupową pomoc psychologiczną (np. warsztaty, treningi) lub/i wsparcie psychospołeczne, w zależności od wieku dziecka/adolescenta, stopnia niepełnosprawności i charakteru zgłaszanego problemu. Należy być uważnym na sygnały naruszenia granic dziecka/adolescenta (przemoc, zaniedbanie) oraz przejawy zachowań autodestrukcyjnych. W przypadku dzieci oddziaływania psychologiczne i psychospołeczne powinny uwzględniać głównie: (1) oddziaływania ukierunkowane na konkretny cel, (2) formy ukierunkowane na rozwój psychoruchowy, mechanizmy psychoneurofizjologiczne (np. metody terapeutyczne oparte na ruchu, zwiększaniu świadomości ciała), (3) głównie formy niewerbalne (np. zabawa terapeutyczna, arteterapia).

Standard 12

Wsparcie oraz oddziaływania terapeutyczne wobec dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną powinny obejmować oddziaływania ukierunkowane na otoczenie dziecka/adolescenta, zwłaszcza w sytuacji jego znacznego stopnia zaburzenia funkcjonowania społecznego, z uwzględnieniem: (1) psychoedukacji lub wsparcia, lub interwencji obejmujących rodzinę, (2) budowania sieci wsparcia społecznego w środowisku, w miarę możliwości w oparciu o współpracę z innymi osobami z otoczenia dziecka/adolescenta (np. nauczyciele/ wychowawcy; asystenci rodzinni; służby publiczne), (3) w razie potrzeby terapii rodzinnej.

Standard 13

Jeśli nie nastąpiła oczekiwana poprawa w zakresie trudności emocjonalnych lub behawioralnych, lub zaburzeń funkcjonowania społecznego dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w wyniku zastosowania adekwatnych do zidentyfikowanych problemów oddziaływań (w tym leczenia farmakologicznego), konieczne jest przeprowadzenie wtórnej, pogłębionej oceny problemu (tj. pogłębiona diagnoza psychologiczna i konceptualizacja problemu) oraz zweryfikowanie profilu potrzebnego wsparcia i zaleceń terapeutycznych.

Standard 14

Hospitalizacja w oddziale dziennym w przypadku dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną, powinna być rozważona w przypadku: (a) stopnia niepełnosprawności umożliwiającego komunikację z dzieckiem/adolescentem oraz (b) przy braku odpowiedzi, przez długi czas w warunkach ambulatoryjnych, na próby leczenia farmakologicznego, psychologicznego lub skojarzonego zidentyfikowanych problemów (głównie w emocjonalno-społecznych lub/i w zachowaniu). Hospitalizacja w oddziale całodobowym, z zastosowaniem intensywnego leczenia stacjonarnego powinna być rozważona w przypadku: (a) wysokiego ryzyka samobójstwa, (b) nasilonych zachowań agresywnych i autoagresywnych (np. samouszkodzenia stereotypowe), (c) współwystępowania innych zaburzeń i chorób psychicznych, w tym ciężkiej depresji, choroby afektywnej dwubiegunowej, zaburzeń psychotycznych, które komplikują lub uniemożliwiają prowadzenie leczenia ambulatoryjnego, (c) nasilonych problemów psychicznych, samoobsługowych, związanych z odmową realizacji czynności zaspokajających podstawowe potrzeby życiowe (znaczne samozaniedbywanie się), szczególnie w głębszej niepełnosprawności intelektualnej.

Signature Not Verified

Dokument podpisany przez
SYLWIA ANNA GÓRSKA
Data: 2024.02.02 10:12:09
CET